

記入例

様式第1号（第4条関係）

介護保険料減免申請書

東松島市長 様

新型コロナウイルス感染症の影響により、収入が減少したと認められる方について、関係書類を添えて次のとおり申請します。なお、申請内容が事実であることを保証し、関係機関に報告を求めると承諾します。

同一世帯以外の方が代理申請する場合は、委任状が必要となります。

申請日 令和 年 月 日

申請者氏名	東松島 太郎	被保険者との関係	長男
申請者住所	〒東松島市〇〇字△△△◇番地 電話番号 82-〇〇〇〇		

介護保険証の番号

被保険者名	被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
	フリガナ	ヒガシマツシマ イチロウ	生年月日 昭和〇〇年△月△日
	氏名	東松島 一郎	
	住所	〒981-0503 東松島市〇〇字△△△◇番地	

介護保険証をお持ちの方の氏名、生年月日を記入

※被保険者の住所が申請者と同じ場合は、「住所」欄に同上と記入

主たる生計維持者	フリガナ	ヒガシマツシマ タロウ	生年月日
	氏名	東松島 太郎	

原則、世帯主であるが、世帯主の収入が少なく、世帯主以外の65歳以上の方が生計を維持している場合は、その方を主たる生計維持者としてみなしてかまいません。

申請理由	1 主たる生計維持者が死亡、又は重篤な傷病 ② 主たる生計維持者の収入減少が見込まれる 3 主たる生計維持者の失業、事業等の廃止	該当する理由に○をつける
添付書類	1 医師の診断書 ② 減少が見込まれる事業収入等の帳簿、給与明細 3 廃業届等、事業主の証明書等 4 その他証明できる書類	

市記入欄	令和 年度分	令和 年度分
	賦課額 _____ 円 減免額 _____ 円 減免後課税額 _____ 円	賦課額 _____ 円 減免額 _____ 円 減免後課税額 _____ 円
承認・不承認		